DE

N° 24

# L'HYSTÉRIE

## DANS L'ARMÉE

## THÈSE

*Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier*

**le 1er avril 1887**

PAR

**Ernest LABADENS**

Né à Mirande (Gers)

MÉDECIN DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS

1887

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

### *Professeurs.*

| | Messieurs : |
|---|---|
| *Clinique médicale.* | COMBAL (✲ ✠). |
| *Clinique des maladies mentales et nerveuses.* | CAVALIER (✲). |
| *Physique médicale.* | MOITESSIER (✲) |
| *Médecine légale et toxicologie.* | JAUMES. |
| *Clinique chirurgicale.* | DUBRUEIL (✲). |
| *Chimie médicale et Pharmacie.* | ENGEL. |
| *Hygiène.* | BERTIN-SANS. |
| *Pathologie interne.* | CASTAN. |
| *Clinique médicale.* | GRASSET. |
| *Botanique et Histoire Natur.méd.* | PLANCHON (✲ ✠). |
| *Physiologie.* | LANNEGRACE. |
| *Clinique obstétricale et gynécologie* | DUMAS (Léon). |
| *Clinique chirurgicale.* | TÉDENAT. |
| *Opérations et appareils.* | GRYNFELTT. |
| *Pathologie externe.* | CHALOT. |
| *Anat. pathol. et histol.(ch. de cours)* | CARRIEU. |
| *Anatomie (Chargé du cours).* | BIMAR. |
| *Thérap. et Mat. méd.(ch. du cours)* | MOSSÉ (✲). |

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C. ✠).

### *Chargés de Cours de Cliniques annexes :*

*Clinique des maladies des enfants.* MM. BATLLE, agrégé.
*Clinique des mal. syphilit. et cutan.* GAYRAUD, agrégé.
*Clinique des maladies des vieillards.* HAMELIN (✲), agrégé.

### *Agrégés en Exercice*

| Messieurs : | Messieurs : | Messieurs |
|---|---|---|
| CARRIEU. | BLAISE. | TRUC. |
| MAIRET. | BAUMEL. | GERBAUD. |
| BIMAR. | VILLE. | GILIS. |
| MOSSÉ (✲). | GRANEL. | MALOSSE. |
| REGIMBEAU (✲). | FORGUE. | |

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

### *Examinateurs de la Thèse :*

MM. GRASSET, *président;*
MOSSÉ, agrégé.
REGIMBEAU, agrégé.
HAMELIN, agrégé.

---

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

E. LABADENS.

**A Monsieur le Docteur BUROT**

Chevalier de la Légion d'honneur

Professeur de médecine légale à l'école de médecine navale de Rochefort.

*A mon Président de Thèse*

**Monsieur le Professeur GRASSET**

Correspondant de l'Académie de Médecine

E. LABADENS.

# DE L'HYSTÉRIE

## DANS L'ARMÉE

Au moment où les recherches sur l'hystérie chez l'homme occupent les médecins, où M. le professeur Charcot dans ses cliniques sur les maladies nerveuses, fait à cette névrose une si grande place, nous avons voulu dans notre travail inaugural apporter à cette étude qui se poursuit de tous côtés notre modeste contribution.

Nous ne nous attacherons pas à démontrer l'existence relativement fréquente de cette maladie chez l'homme, M. le Dr Batault dans sa thèse, parue en 1885, en comptait déjà 218 cas et ce nombre a été considérablement augmenté par la publication qui s'est faite depuis d'un assez grand nombre de cas. Ce qu'il nous a paru intéressant de rechercher, c'est la présence de cas d'hystérie dans l'armée. Cette étude que l'on n'aurait osé faire, il y a quelques années, alors que l'on croyait que l'hystérie était l'apanage des gens mous et efféminés, est possible maintenant que des faits récents ont démontré que des hommes vigoureux, n'ayant pas reçu d'éducation qui ait surexité leur système nerveux, peuvent être ou devenir hystériques.

La découverte faite par les médecins américains et allemands, par MM. les professeurs Charcot, Pitres, etc.; des mani-

festations *sensitivo-motrices* de l'hystérie, ont ouvert un champ nouveau aux études. Chaque jour des faits nouveaux s'ajoutant, viennent démontrer qu'un grand nombre d'anesthésies, de paralysies remarquables par leur marche irrégulière et ayant de ce fait attiré l'attention, ne relèvent que de l'hystérie.

Les données étiologiques prouvant, en outre, que l'apparition des phénomènes hystériques peut succéder à des commotions ou à des blessures, chez des individus plus ou moins prédisposés, rendent la question intéressante pour le médecin militaire. Une contusion avec paralysie consécutive d'un membre entraînera une solution différente selon que la paralysie sera hystérique ou non.

Le médecin militaire, qui est en même temps médecin légiste devant les conseils de réforme, devra se préoccuper de cette cause possible, soit de paralysie, soit de toute affection pouvant être de nature hystérique.

C'est en partant de ce principe que je me propose d'étudier l'hystérie, aussi ne parlerai-je pas des attaques, ce signe infaillible de la névrose trop bien décrit par MM. Charcot, Grasset, Legrand du Saule et Pitres, pour que nous puissions le faire après eux.

J'étudierai: l'*étiologie* dans les points qui peuvent toucher à notre sujet ou se rapporter aux observations que nous avons pu recueillir, *les manifestations sensitives et motrices* de l'hystérie, le *pronostic* très important, puisque c'est de lui que dépendra la décision prise par le conseil de réforme.

Qu'il me soit permis avant de commencer, de témoigner toute ma reconnaissance à mes maîtres de Rochefort, à M. le professeur Bourru, M. Burot, professeur de médecine légale, qui m'a aidé de ses bienveillants conseils. Que M. le professeur Grasset, qui a bien voulu me faire l'honneur

d'accepter la présidence de ma thèse, reçoive ici mes remercîments.

---

L'étude de l'hystérie chez l'homme devait amener forcément à rechercher spécialement si dans l'armée on en trouvait quelques cas. Toutefois la croyance que l'on avait, que les individus forts en étaient indemnes, a retardé assez longtemps les recherches sur ce point. Le premier travail que nous connaissions traitant spécialement de l'hystérie chez les militaires, est la thèse de M. le Dr Jannet, un de nos collègues de la marine, qui, sur les conseils du directeur du service de santé, Maisonneuve, publia en 1880 quelques observations d'hystérie chez des soldats et des marins. Dans son travail, il s'attache seulement à décrire les attaques et à les comparer aux attaques que produit l'hystérie chez la femme, c'est à peine s'il envisage la question des hyperesthésies, mais il ne parle ni des paralysies, ni des troubles de la motilité.

De 1880 à 1885, nous ne trouvons que quelques observations éparses dans diverses publications. En 1885, paraît la thèse de notre collègue, M. le Dr Berjon, contenant une observation remarquable de grande hystérie chez un soldat. Ici nous trouvons étudiés les divers troubles de la motilité et de la sensibilité que présente ce sujet qui avait une paralysie avec un peu de contracture de tout le côté droit. L'hyperexcitabilité musculaire était extrême, puisqu'il suffisait d'un chatouillement, d'un souffle léger sur la peau, pour produire des contractures de tout une région musculaire. L'anesthésie était complète du même côté ainsi que l'abolition des sensations spéciales de vision, d'odorat de gustation.

Nous ne parlerons pas des phénomènes d'hypnotisme, du changement de personnalité, de l'action des médicaments

à distance que l'on a pu obtenir sur lui, cela nous entraînerait trop loin. Nous retiendrons seulement de cette observation un fait : l'apparition de la paraplégie avec contracture à la suite d'une frayeur que lui causa une vipère en s'enroulant autour de son bras quand il avait 14 ans.

En juin 1886, paraît dans la *Revue de Médecine* un travail de M. Duponchel sur l'hystérie dans l'armée. C'est la première fois que nous trouvons ce titre, c'est la première fois aussi que l'hystérie mâle est étudiée spécialement au point de vue militaire.

S'inspirant des travaux récents sur les paralysies hystéro-traumatiques, et s'appuyant sur la possibilité du diagnostic de l'hystérie par les troubles de la sensibilité et de la motricité, alors que médicalement les attaques hystériques n'ont pu être constatées, il envisage la marche à suivre par le médecin militaire qui se trouve en présence de paralysies ou de contractures hystériques. Il cite dans son travail trois observations que nous avons résumées à la fin de cette thèse. Ce sont des cas de paralysies et de contractures se produisant comme premiers symptômes de la névrose, dont un cas de paralysie consécutif à une fracture, qui présente les plus grandes analogies avec notre observation I.

En 1887 (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, février), M. le Dr Oseretzkowski de Moscou a publié une série d'observations d'hystérie dans l'armée russe. Les faits qu'il cite sont d'autant plus remarquables, qu'ils portent presque tous sur des paralysies sensorielles dont on possède peu de cas. Il cite trois observations de mutisme, dont une accompagnée de surdité. Dans un autre cas, les deux oreilles ont été successivement frappées de surdité, l'ouïe revenant d'un côté quand elle disparaissait de l'autre. Un cas d'angine de poitrine d'origine hystérique avec rétention spasmodique des urines est d'autant plus remarquable, que ce fait

était encore aussi peu connu chez l'homme que chez la femme.

Telle est l'histoire de l'étude de l'hystérie dans l'armée, elle est encore bien courte. Mais l'apparition presque simultanée des deux mémoires précédents, prouve que l'attention des médecins militaires est dès à présent mise en éveil sur la possibilité de formes anormales de l'hystérie. Cette étude, qui intéresse au plus haut point la médecine légale militaire, se poursuivra certainement tous les jours. Puisse notre travail y avoir contribué, pour une part si minime soit-elle, et nous serons amplement récompensé des soins qu'il nous aura coûtés.

Je n'essayerai pas d'examiner les diverses hypothèses émises sur la pathogénie de l'hystérie. La première des choses à étudier sera donc *l'étiologie*.

Parmi les causes qui prédisposent à l'hystérie, se trouve en première ligne la question de *l'hérédité*. L'analyse faite par Batault des 218 cas relatés dans sa thèse, lui a permis de montrer que dans l'hystérie mâle l'hérédité se retrouvait comme cause première dans environ un cinquième des cas. Mais il ne s'est pas occupé seulement de l'hérédité directe, c'est-à-dire des maladies du père et de la mère ; il a fait en outre des recherches dans les lignes collatérales ou dans la génération antérieure, et il a pu retrouver des cas dans lesquels la névrose, sous diverses formes, avait sauté une génération qui restait indemne, mais la maladie se retrouvait dans les petits-fils. Un autre résultat obtenu par lui, c'est que l'hystérie est généralement transmise par la mère, le fait de la beaucoup plus grande fréquence de l'hystérie chez la femme suffirait presque à faire prévoir cette transmission.

Après l'hérédité, Rosenthal voulait mettre comme première cause l'onanisme, qu'il prétend avoir rencontré chez tous les hommes hystériques. On doit donner à cette asser-

tion la valeur qu'elle mérite, quand on constate que, dans presque toutes les observations publiées dans ces derniers temps, on n'en trouve pas trace. Pour nous qui l'avons recherché, il nous a été impossible de le rencontrer chez les sujets que nous avons pu examiner.

La réclusion et la continence seraient des causes très intéressantes à examiner, surtout pour le médecin de marine. Malheureusement pour pouvoir résoudre cette question, il faudrait des statistiques sérieuses dont les éléments ne sont pas encore réunis. Toutefois, si nous en jugeons d'après les quelques observations que nous avons pu rassembler et qui, vu leur petit nombre, ne sauraient prouver grand chose, on verrait au contraire que la proportion serait bien plus forte chez les soldats que chez les marins.

L'anémie incriminée avec le paludisme agit probablement plus sérieusement. Dans notre troisième observation, elle aurait sinon amené, du moins provoqué le retour des crises. Soit qu'on admette, en effet, que C..... ait eu des crises hystériques dans son enfance, comme il l'a raconté à ses camarades, soit, et se serait encore plus probant, que comme il l'avait dit au médecin, il n'ait jamais eu de crises antérieures, il n'en est pas moins vrai qu'il était impaludé quand les crises ont reparu à Madagascar. C'est après un séjour de 40 mois aux colonies, après avoir été pris d'accès de fièvre intermittente, alors que son teint jaune-paille démontrait que la cachexie palustre existait chez lui, qu'il est pris ou repris tout d'un coup de crises hystériques.

Je ne parlerai pas de l'influence des diathèses en général sur la production de l'hystérie, mais je serai obligé de m'arrêter un instant sur les rapports de l'hystérie et de la tuberculose. Le rôle de cette diathèse dans la production de l'hystérie avait été étudié comme une forme particulière de tuberculose à accidents hystériformes. Mais plusieurs travaux sortis de l'École de Montpellier et en dernier lieu l'étude

magistrale de M. le professeur Grasset sur « les rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuses et tuberculeuses » ont définitivement tranché la question. Dans ce travail sont réunies 25 observations d'hystérie avec hérédité tuberculeuse et sans manifestations thoraciques, et 19 hystéries d'origine tuberculeuse avec manifestations thoraciques. Ayant ainsi établi les relations de la diathèse et de la névrose, le professeur de Montpellier pose ses conclusions, que nous croyons devoir reproduire (1) : « On ne peut tout expliquer ni par »les fausses phtisies des hystériques, ni par les fausses hys»téries des phtisiques, ni par la simple coïncidence.... On ne »peut pas voir là deux maladies distinctes et antagonistes.... »La tuberculose est, comme toutes les diathèses, une maladie »essentiellement générale et constitutionnelle ; la phtisie pul»monaire est une des manifestations de cette maladie, elle »n'en est pas la seule. Les névroses en général, l'hystérie en »particulier, peuvent aussi être la manifestation directe de »l'affection diathésique. De même que la chorée est souvent »de nature rhumatismale et l'angine de poitrine de nature »goutteuse, de même l'hystérie peut être de nature tuber»culeuse, le mot tuberculeux ayant ici son sens nosologique et »nullement son sens anatomique. Essentiellement héréditaire, »la diathèse tuberculeuse n'est bien comprise que si on la suit »dans les familles, derrière ses manifestations variées, à »travers les générations successives. On voit alors que l'hys»térie peut remplacer la phtisie pulmonaire, chez un membre »de la famille tuberculeuse, au même titre que la méningite »tuberculeuse la représente chez un autre et le mal de Pott »chez un troisième.

»Outre ces cas dans lesquels l'hystérie est la seule mani»festation de la diathèse chez le tuberculeux héréditaire, il

(1) Grasset, Maladies du système nerveux, 3e édit,, p. 977.

»y en a d'autres dans lesquels le même sujet présente à la »fois ou successivement les deux ordres de manifestations »(thoraciques et névrosiques) de la diathèse. Il se passe alors »ce que l'on observe classiquement pour les autres maladies »à manifestations multiples, les deux ordres de symptômes »se suppléent, se succèdent, se remplacent; ou, s'ils sont »simultanés, s'influencent, se modèrent jusqu'à la fin de la »maladie ou jusqu'à ce que l'un des deux l'emporte définiti»vement. »

Notre première observation est remarquable en ce qu'elle rentre absolument dans ces cas d'hystérie tuberculeuse. La mère était phtisique. Les symptômes hystériques apparaissent chez le fils sous l'influence d'une cause que nous étudierons tout à l'heure.

Les crises d'hystérie qui apparaissent bientôt ne permettent pas de douter de l'existence de la névrose et le diagnostic s'en affirme bien net et bien complet. Puis les signes de la phtisie pulmonaire transmise apparaissent à leur tour, s'établissant peu à peu, gagnant du terrain, tandis que la manifestation hystérique cède la place, pour disparaître tout à fait, le jour où la localisation pulmonaire ayant amené la cachexie on ne trouve plus trace d'hystérie.

L'étude de cette observation nous fait passer à l'examen des causes déterminant l'apparition des phénomènes hystériques, et parmi ces causes, la plus importante est le *traumatisme*.

En Amérique, depuis plusieurs années, comme du reste aussi en Allemagne, les médecins avaient constaté de tous côtés des formes bizarres de paralysies ou d'anesthésies succédant aux commotions. MM. Putnam, Walton, en Amérique, et Page, en Angleterre, avaient étudié spécialement les faits de ce genre succédant aux accidents de chemin de fer. Ils avaient dénommé ces accidents Railway-Spine ou

Railway-Brain, ne sachant d'abord au juste à quoi les attribuer. Si on ne les eût rencontrés que chez des femmes, on n'eût pas hésité à les rattacher tout d'abord à l'hystérie, mais des hommes de peine, des chauffeurs en étaient atteints, et étant donnée l'idée que l'on se faisait alors de l'hystérie chez l'homme, il ne paraissait pas possible de les rattacher à cette névrose. Cependant une étude plus approfondie de ces accidents nerveux qui consistaient surtout en paralysies, contractures, hémianesthésies, opéra bientôt un changement dans les idées, et renversant quelques-unes des idées courantes, ces médecins admirent bientôt l'origine hystérique de ces faits. Les médecins allemands, bien que s'étant livrés aux mêmes études, n'en sont pas encore là, et MM. Oppenheim et Thomsen font encore un état pathologique non décrit de tous les faits qu'ils ont réunis. Cependant l'étude de leurs observations permet de voir qu'ils ont eux aussi trouvé des paralysies, des hémianesthésies sensitives et sensorielles qui ressemblent entièrement aux observations des médecins américains.

L'étude faite par l'école de la Salpêtrière de faits du même genre l'a conduite aux mêmes résultats : à l'affirmation que ces troubles nerveux, succédant à des traumatismes et consistant en paralysies, contractures, hémianesthésies, peuvent appartenir à des manifestations hystériques.

Dans les observations que nous citons, nous trouvons deux faits de ce genre. Dans notre première observation, à la suite d'une chute suivie de contusion, le malade voit peu à peu de la paralysie et de la contracture s'établir dans la jambe droite, et cela sans lésions apparentes ; l'examen sous le chloroforme permet de constater qu'il n'y a point de lésions réelles, et l'existence simultanée d'autres symptômes de l'hystérie permettent de porter le diagnostic de paralysie hystéro-traumatique.

Il en est de même pour l'observation VII, que nous citons d'après M. Duponchel, où nous trouvons une paralysie du bras droit, consécutive à une fracture du radius, chez un cavalier qui eut plus tard une crise d'hystérie, justifiant ainsi la justesse du diagnostic porté précédemment.

Dans le cas de V... qui fait le sujet de la thèse du Dr Berjon, nous voyons que c'est à la suite de la frayeur que lui cause la vue d'une vipère enroulée sur son bras que le malade perd connaissance et revient à lui hémiplégique et hémianesthésique.

Ces faits, qui ont occupé les médecins légistes, doivent aussi intéresser le médecin chargé de se prononcer au sujet de soldats atteints de ces accidents nerveux. Selon que la paralysie sera hystérique ou non, la décision à prendre devra varier, et dans bien des cas il faudra songer à l'existence de ce groupe nosologique, que l'on appelle les paralysies hystéro-traumatiques.

Des autres causes déterminantes, nous ne dirons que les noms de celles que l'on a le plus incriminées, ce sont: les excès vénériens, les refroidissements, l'irritation, toutes causes peu actives, et dont l'importance est si petite qu'il est inutile de s'y arrêter.

La *symptomatologie* de l'hystérie ne nous arrêtera pas toute également, car si nous voulions l'étudier complètement il nous faudrait en faire un travail spécial. Nous ne nous arrêterons que sur les points que nous avons vus, sur ceux qui plus spécialement se sont présentés dans les observations sur des soldats, enfin, sur ceux qui se rapportent au diagnostic et au pronostic de la névrose hystérique.

Nous passerons rapidement sur les attaques, pour étudier ensuite les troubles de la motilité et de la sensibilité, qui étant plus fixes, se retrouvent plus aisément lorsque l'on examine le malade.

Les attaques que nous avons observées, ainsi que celles dont nous avons vu les relations, sont le plus souvent incomplètes. Il y a prédominance d'un symptôme et disparition de quelques autres; jamais nous n'avons rencontré l'attaque classique de la Salpêtrière. L'aura est fréquente et nous l'avons rencontrée partant, à des attaques différentes, tantôt de l'épigastre, tantôt de la région ovarienne, une fois d'une région hystérogène située sur la cuisse gauche. La période épileptiforme constituée par les convulsions et l'immobilité tonique, les convulsions cloniques, et la résolution est fréquente, mais le plus souvent tronquée; il manque un des symptômes. Les contorsions et les grands mouvements sont plus rares, toutefois nous en avons rencontré un cas dans une de nos observations (Obs. III). Le malade se mettait en arc de cercle appuyé sur les pieds et la tête, puis se livrait à de grands mouvements pendant lesquels il semblait avoir pour but de se rouler en boule.

Les attitudes passionnelles se rencontrent assez fréquemment (Obs. II et III); dans un cas, elles ont été accompagnées d'hallucinations. Les hallucinations ont été successivement gaies et tristes, mais dans l'hystérie mâle, elles seraient dans la majorité des cas tristes, quelquefois terribles et accompagnées de grands mouvements, dans lesquels la force musculaire serait très fortement augmentée (Guinon, *Gaz. méd. de Paris*, 1886).

Le délire tient ainsi quelquefois le premier rang dans l'attaque; nous ne l'avons jamais rencontré.

Nous n'examinerons pas les phénomènes hystériques qui se passent dans les divers appareils, leur étude chez l'homme est encore trop incomplète; cependant nous devons citer les observations de faits de ce genre observés et publiés par M. Oseretzkowski. Ce sont : un cas d'angine de poitrine qui se serait produit chez un hystérique, un cas de contrac-

tions du col vésical, des palpitations cardiaques. Ces faits viennent démontrer que, chez l'homme comme chez la femme, on peut s'attendre à rencontrer toute sorte de manifestations.

Les troubles de la motilité ont été bien étudiés, et se présentent sous deux formes : les *contractures* et les *paralysies*.

Les contractures dont la connaissance est de date relativement récente, se produisent soit dans tout un membre, soit dans des régions musculaires. Elles peuvent être fugitives et passagères, comme celles qui se produisaient chez le sujet étudié par M. Berjon, ou bien être fixes, comme si elles correspondaient à des lésions matérielles. Les contractions s'établissent de deux façons bien distinctes : 1° elles apparaissent comme signe unique, précédant tout autre symptôme de l'hystérie, et sous l'influence des causes les plus diverses; tantôt sous l'influence du traumatisme (Obs. I et VII), tantôt sans cause bien appréciable, comme dans le cas du malade qui fait l'objet de notre observation II, celui-ci attribuant à un refroidissement l'apparition de la contracture.

2° Elles apparaissent comme complications chez des gens atteints d'hystérie, et ayant eu déjà auparavant d'autres manifestations de cette maladie. Par exemple, les contractures dont fut atteint un de nos malades à la suite d'une sortie de l'hôpital.

Les contractures peuvent se produire de façons bien différentes chez les gens qu'elles atteignent, qu'ils rentrent dans l'une ou l'autre des catégories précédentes. En effet, nous voyons qu'elles débutent :

1° Brusquement, comme dans l'exemple cité par M. Berjon, où le malade perd connaissance et est contracturé quand il revient à lui, comme aussi dans les divers exemples cités par M. Mossé, et que nous résumons. Un homme, en

tirant vivement sur les rênes de son cheval, voit son bras droit se contracturer ; des enfants à la suite d'une chute sur la hanche ont présenté des contractures simulant une coxalgie.

2° D'autres fois au contraire la contracture s'établit lentement ; tel est le cas dans nos observations I, II et VII, ce n'est que un, deux et même trois mois après que la contracture est entièrement produite.

Ces contractures sont rebelles à tout traitement, très tenaces, puis un jour on les voit disparaître tout à coup ; tel est le cas de notre malade B... qui les vit disparaître à la suite d'une douche. Elles présentent cette particularité qu'il n'y a pas, dans les membres qui en sont atteints, d'atrophie des muscles ; elles disparaissent sous le chloroforme, ce qui permet de voir qu'elles ne sont pas consécutives à des lésions organiques. Il faut se souvenir de ce fait, car il permettra de juger des contractures qui dans le voisinage des articulations pourraient en imposer pour des luxations ou des maladies organiques (coxalgies) ; il permettra, en outre, d'éloigner de l'esprit l'idée de simulation de la contracture à laquelle on pourrait s'arrêter après cet essai.

En même temps que les contractures, il existe la plupart du temps des paralysies siégeant elles aussi sur toute une région musculaire ou s'étendant à tout un membre. Ces paralysies se présentent sous des degrés très variables. Quelquefois, en effet, il y a seulement des troubles du mouvement, troubles reconnaissant plusieurs causes et pouvant relever soit d'un engourdissement du membre, soit d'une diminution dans la force de la contractilité musculaire. D'autres fois les mouvements qui peuvent se faire, lorsque les membres ne portent pas le poids du corps, deviennent impossibles dans la marche ou dans la station debout. Enfin, la paralysie peut être complète, mais c'est le cas le plus rare. Ces paralysies

offrent ceci de remarquable qu'elles sont toujours accompagnées de persistance de la contractilité électrique des muscles de la région atteinte. Cette règle, posée par Duchenne, est générale. Comme les contractures, les paralysies sont des phénomènes sujets à des variations très grandes. Sous une influence particulière qui peut quelquefois être une crise, ou bien sous l'action d'un aimant ou d'un métal, on voit une hémiplégie passer de gauche à droite ou inversement avec une égale facilité. Ayant apparu en général brusquement, elle peut disparaître de même. Régie par les mêmes lois que les contractures, la paralysie est essentiellement variable. Toutefois, les hémiplégies sont plus fréquentes que les paraplégies, et les hémiplégies gauches plus fréquentes que les droites.

Dans les paraplégies on trouverait en outre, d'après M. Batault, l'abolition des réflexes tendineux. Ce fait est loin d'être général.

En même temps que la *motilité*, la *sensibilité* peut être atteinte elle aussi en plus ou en moins. Il se produit alors des *anesthésies* ou des *hyperesthésies.*

Les *anesthésies* sont très fréquentes et peuvent atteindre tantôt tout le membre, d'autres fois seulement le derme.

Elles peuvent se présenter sous diverses formes: disséminées en plaques sur divers points du corps, ou bien tout une partie du corps devient insensible (hémianesthésie). L'anesthésie complète est très rare.

Les plaques anesthésiques sont de tous ces genres les plus fréquentes, le malade qui en est atteint ne s'en doute généralement pas, et c'est tout à fait par hasard qu'un jour il s'aperçoit qu'il ne sent plus en un point. Les trois modes de sensibilité sont quelquefois atteints à la fois; d'autres fois la sensation de contact ou de température, ou même l'une et l'autre disparaîtront, laissant subsister la seule sensation de douleur.

Dans l'hémianesthésie, il arrive que la sensibilité s'arrête brusquement en avant et en arrière, juste sur la ligne médiane. Dans nos diverses observations, nous trouvons ces faits d'anesthésie cutanée, ce sont du reste les plus constants, on les rencontre dans à peu près tous les cas.

A un degré plus fort, l'anesthésie s'étend aux muscles, devient profonde et l'on voit alors apparaître les aberrations de position que produit l'absence du sens musculaire; le malade ne sent pas la position de ses membres et lorsqu'on lui défend de regarder en lui demandant où est son bras, par exemple, il est obligé d'aller avec son autre main sentir dans quelle position ce bras se trouve avant de pouvoir répondre. L'anesthésie est souvent poussée à ce point que l'on peut faire contracter les muscles avec l'électricité sans que le malade s'en aperçoive. Ce mode d'anesthésie coïncide toujours en général avec la paralysie; cette anesthésie comme l'anesthésie cutanée est sujette à disparaître facilement, comme aussi peut se produire tout d'un conp.

Les réflexes cutanés sont aussi très souvent atteints. On a même voulu faire de l'abolition du réflexe pharyngien le signe pathognomonique de l'hystérie sans crises. Ce réflexe ne se produit pas chez l'individu hystérique, quand on enfonce le doigt dans l'arrière-gorge. On constate aussi quelquefois l'insensibilité de la conjonctive, insensibilité telle, que l'on peut passer une plume dessus sans provoquer aucunement le réflexe palpébral; nous en avons constaté un cas. Le réflexe crémastérien disparaît aussi, ainsi que le réflexe plantaire. En général, sauf les cas d'anesthésie musculaire, les réflexes tendineux se produisent toujours. Quelquefois même dans les paralysies siégeant sur un membre ils sont augmentés.

Outre la *sensibilité générale*, assez souvent la *sensibilité spéciale*, *sensorielle* est atteinte. Nous avons déjà cité les cas

de *mutisme*, de *surdité*, de *surdi-mutité* observés par M. Oseretzkowski. Ces faits sont encore assez rares.

Des troubles plus fréquents sont les troubles de l'*odorat* et du *goût*. La perception de ces sensations disparaît en général pour les hémianesthésiques du côté où siège l'anesthésie cutanée, et l'on peut voir alors le malade percevoir très bien les odeurs et les saveurs avec une narine ou une moitié de la langue, tandis qu'il ne sent rien de l'autre côté.

Mais si ces anesthésies sont fréquentes, elles le sont moins encore que les troubles de la *vision* chez les hystériques. Ceux-ci sont si remarquables, que Briquet avait voulu leur faire caractériser l'hystérie. Mais les travaux de M. le professeur Charcot, sur l'hémianesthésie d'origine crânienne, ont montré que ce fait pouvait se produire dans d'autres conditions.

Ces troubles de la vision sont constitués par le rétrécissement concentrique du champ visuel et quelquefois par la dyschromatopsie ou de l'achromatopsie.

De plus, ce qui distingue l'hémianesthésie hystérique de l'hémianesthésie cérébrale, c'est que, tandis que dans cette dernière le cercle bleu est le plus large et le plus extérieur, dans l'hémianesthésie d'origine hystérique le cercle rouge est en dehors du cercle bleu.

Cette couleur rouge semble avoir une part plus grande que les autres dans la vision de l'hystérique. Dans les cas de dyschromatopsie se rapportant presque de l'achromatopsie, c'est encore la couleur rouge qui reste la dernière, c'est la plus tenace. Dans d'autres cas (obs. I), le malade n'a plus conservé avec l'œil du côté hémianesthésique que la notion d'une seule couleur sous laquelle il voit tous les objets. C'est ainsi que B... voyait tout *bleu* avec son œil droit. L'amblyopie, que l'on trouve quelquefois, coïncide généralement avec l'hémianesthésie, et dans ces cas il arrive que l'on a du rétrécissement du champ visuel dans l'autre œil.

Toutes ces anesthésies sensorielles sont en général plus fixes que celles que nous avions étudiées à propos de l'anesthésie cutanée.

Les *hyperesthésies* sont assez fréquentes, surtout les hyperesthésies cutanées que l'on trouve chez à peu près tous les sujets hystériques. L'hyperesthésie sensorielle, plus rare, existe cependant ; la plus commune est l'hyperesthésie auditive.

Les hyperesthésies cutanées sont généralement réparties en plaques et jouent, quelques-unes du moins, le rôle de points hystérogènes ou de points hystéro-frénateurs. Leur étude, faite surtout chez la femme par M. le Professeur Pitres, est très complète, leur distribution étant à peu de chose près la même chez l'homme, nous insisterons simplement sur les faits particuliers que nous ont fait voir les sujets que nous avons pu examiner.

Tout d'abord nous parlerons chez l'homme de la zone hystérogène qui répond à la zone ovarienne de la femme. Ce point ovarien, qui d'après Mendel serait bien plus fréquent que le point testiculaire, a donné lieu à diverses théories. M. Charcot, les Anglais font de l'ovaire le siège de la douleur qui provoque l'ovarie. Briquet, Mendel et quelques autres auteurs font de l'ovarie une myalgie. Cette discussion nous paraît tranchée en faveur de la myalgie par la fréquence de ce point chez l'homme où elle ne saurait relever d'une autre cause. Le fait que l'aura part de cette zone, se produisant aussi chez l'homme, nous semble devoir entraîner cette opinion.

Dans une de nos observations (II), nous avons vu un fait qu'il nous paraît utile de noter, c'est la production d'une attaque par la flexion de la jambe unie à la compression de la région hyperesthésie, alors que la compression ou la flexion seules ne produisaient rien.

Sur un de nos sujets, la compression de la nuque et du

front où se trouvaient des plaques d'hyperesthésies a donné lieu à des phénomènes de catalepsie et de somnambulisme assez curieux. Sur ce même malade, nous avons vu aussi la pression de la plante des pieds qui se trouvait hyperesthésiée agir toujours comme hystéro-frénatrice, comme du reste le fit la pression testiculaire chez deux autres (Obs. II et IV.)

Citons encore parmi les hyperesthésies, la rachialgie, dont on avait voulu faire un phénomène du début, rachialgie siégeant surtout au niveau de la dernière cervicale, des dernières dorsales et de la 5me lombaire.

Je ne parlerai pas de la douleur ascendante en forme de boule qui se produit pendant l'aura, il me suffira de l'avoir citée.

Le *diagnostic différentiel* qui nous intéresse surtout est le diagnostic de simulation. Dans la médecine militaire, l'habitude de voir le soldat essayer de tromper le médecin, fait que l'on est quelquefois porté à voir de la simulation dans tout ce qui sort un peu des manifestations pathologiques ordinaires. Ainsi on a parlé de la simulation possible des crises d'hystérie; il nous paraît difficile quand on assiste à une crise d'être trompé, pour peu qu'on en ait déjà vu, outre que cela supposerait une grande science chez le simulateur. Il est toutefois des symptômes bien nets qui peuvent ne pas laisser de doute. Nous avons entendu émettre l'opinion que le fait de voir une crise s'arrêter, quand on en donnait l'ordre au malade, ou quand on approchait un seau d'eau, suffisait pour démontrer cette simulation. Tel n'est pas notre avis, nous n'en n'avons pas d'exemple dans des cas d'hystérie mâle, mais chez des femmes indéniablement hystériques, on a vu le fait se produire (Grasset, Malad. nerv., p. 984), alors

qu'on ne pouvait pas admettre la simulation. Pourquoi étant donné la parfaite ressemblance des symptômes dans les deux sexes, ne pas admettre que cet arrêt peut se produire également chez l'homme. Nous croyons devoir à cette occasion citer les réflexions très justes de M. Duponchel au sujet de cette préoccupation constante de la simulation qui hante peut-être trop de médecins militaires.

«Il faut remarquer que le nombre des maladies simulées »diminue à mesure que la science du diagnostic fait des pro»grès ; certaines maladies simulées pourraient donc bien être »des maladies inconnues. Il est en conséquence prudent, tout »en conservant le scepticisme de bon aloi, particulièrement »nécessaire au médecin militaire, de ne pas laisser prendre »aux préoccupations que donne la crainte de la simulation, »la proportion d'un obsédant fantôme capable de faire mé»connaître les vérités scientifiques les mieux acquises. Rien »ne nous semble plus grave que de s'exposer, par excès de »défiance, à des erreurs de diagnostic qui, dans la pratique, »peuvent devenir aussi cruelles pour le soldat que compro»mettantes pour le médecin chargé de le traiter.»

Au sujet des contractures simulant quelquefois des arthralgies, il sera bon de se souvenir que le chloroforme les fait disparaître, mais qu'elles se reproduisent ensuite, qu'elles peuvent persister très longtemps, sans qu'il y ait changement du volume du membre atteint et que l'on observe quelquefois de vives douleurs.

Quant, à la suite d'un traumatisme, on verra apparaître, soit une contracture, soit une paralysie, il faudra faire la recherche des symptômes d'hystérie que pourrait présenter le malade. Car le pronostic sera tout différent, si l'on est en présence d'une contracture, d'une paralysie hystérique, ou d'une paralysie consécutive à une lésion somatique.

Dans les cas d'hystérie, on trouvera les troubles que nous

avons décrits : de l'hyperesthésie ou de l'anesthésie pour le contact, la température et la douleur; souvent il n'y aura anesthésie que pour un de ces trois modes, les deux autres étant perçus. Les troubles sensoriels seront examinés avec soin : les troubles du goût et de l'odorat ainsi que ceux de l'ouïe et de la parole ; mais c'est surtout l'examen de la vision que l'on devra faire. Les rétrécissements concentriques du champ de la vision, les dyschromatopsies, et surtout le fait de la vue par le malade, du cercle rouge extérieur au cercle bleu, pourront, quand on les rencontrera, faire porter sûrement le diagnostic d'hystérie.

Les modifications des réflexes, l'abolition des réflexes pharyngiens et conjonctivaux avec conservation très fréquente des réflexes tendineux, qui cependant peuvent manquer quelquefois, sont des faits qui ne pourront servir qu'à assurer le diagnostic.

Si l'on joint à cela la conservation de la contractilité électrique dans les paralysies, la possibilité de pouvoir transporter d'un côté à l'autre les paralysies, et les anesthésies au moyen d'aimants ou des métaux, nous voyons que l'on pourra arriver facilement à une certitude.

Le *pronostic* intéresse surtout la médecine légale militaire, c'est, d'après lui, que l'homme sera conservé au régiment ou renvoyé tantôt avec une pension, tantôt avec réforme simple. Il est possible, probable même que plus tard, quand l'hystérie mâle sera mieux connue, on trouvera des cas d'hystérie qui seront compatibles avec le service militaire.

Mais, pour le moment, après avoir envisagé la question de l'âge, l'hystérie étant plus tenace dans ses manifestations diverses, quand elle débute chez l'homme âgé (Charcot); le

traitement le meilleur et le seul reconnu utile étant l'isolement du malade, nous concluons en faveur de la réforme.

En admettant même que la conservation d'un homme hystérique au régiment puisse être admise en France, dans les troupes de la marine, la réforme de l'homme malade sera nécessaire, tant au point de vue des services particuliers qu'il doit assurer, que de l'influence nuisible des climats de nos colonies sur la marche de sa maladie. Dans l'étiologie, nous avons vu l'influence fâcheuse de l'anémie et du paludisme sur la production de l'hystérie. Or, dans les colonies, le soldat rencontre sûrement l'anémie quand il n'y est pas impaludé.

Dans ces conditions là, aussitôt l'hystérie reconnue, le malade, dans son intérêt comme dans l'intérêt de l'Etat qui serait obligé de le nourrir à l'hôpital, doit être éliminé.

Quand l'hystérie débute par des contractures survenant à la suite de traumatisme en service commandé, la réforme sera aussi et nécessairement prononcée; et ici, nous nous rangeons à l'avis de M. Duponchel. On devra accorder à cet homme le congé de réforme N° 1, qui exonère du service le frère puîné et qui donne au réformé une gratification renouvelable. On sauvegardera ainsi les intérêts de l'Etat, la contracture pouvant disparaître un jour subitement, la pension n'aura plus besoin d'être continuée.

Nous ne dirons que quelques mots du traitement, le médecin de l'armée, d'après nos conclusions, ayant peu ou point à s'en occuper. Citons toutefois l'inefficacité du bromure de potassium qui pourra être utile dans le diagnostic, lorsqu'on aura affaire à des crises épileptiformes; les actions diverses, soit de transfert, soit de disparition des phénomènes paralytiques et anesthésiques, produites par les mé-

taux, les aimants, l'électricité; enfin, l'hydrothérapie, qui devra être appliquée en tâtant la sensibilité du sujet à ce mode de traitement. On pourra commencer par de simples lotions tièdes, pour terminer par des douches froides en jet, que l'on fera surtout appliquer sur la colonne lombaire et sur la partie supérieure des cuisses. Les antispasmodiques qui ont été conseillés ne donnent pas de grands résultats. Il faudra traiter la diathèse lorsqu'on sera en présence d'une hystérie diathésique. Enfin, dans le cas de crises continues, on devra tenter de les arrêter en recherchant les zones hystérofrénatrices que peut présenter le sujet, et l'on pourra ainsi arriver à enrayer, dès le début, les attaques dont la répétition peut devenir dangereuse. L'isolement a paru donner de très bons résultats; il serait considéré par quelques auteurs comme le seul traitement actif, quand on y joint de l'hydrothérapie.

*Observation I.*

G... Jean, 21 ans, soldat d'infanterie de marine, entre à l'hôpital le 11 décembre 1885 pour diarrhée et accidents nerveux. C'est un homme de taille moyenne et bien musclé; les antécédents héréditaires sont peu nombreux. Il a encore son père qui se porte bien, ses grands parents sont morts très âgés, sa mère est morte de la poitrine. Antécédents personnels: n'a jamais eu de convulsions ou de crises de nerfs, ni dans son enfance, ni dans son adolescence; a eu autrefois la variole.

Depuis son entrée au service, il y a un an, il a fait une chute d'une très grande hauteur (22 mètres, dit-il), dans laquelle il s'est cassé 3 dents; s'est fortement contusionné la

cuisse et le côté droit. Le tout aurait guéri assez vite, mais depuis quelque temps, il a vu peu à peu sa jambe droite devenir de plus en plus raide et en même temps se raccourcir. A son entrée à l'hôpital, on constate que la jambe droite du malade paraît raccourcie de 2 centimètres, mais les épines iliaques ne sont plus sur la même ligne, et l'épine iliaque droite antérieure et supérieure est plus élevée d'environ la même quantité. Les muscles de la cuisse droite sont contracturés; la flexion du genou qui ne pouvait se faire s'exécute très bien sous le chloroforme, et l'on ne constate aucune lésion ni dans l'articulation, ni dans la cuisse.

Les mouvements sont difficiles dans la jambe droite que le malade traîne en marchant et aussi dans le bras droit que G... prétend être devenu lent. La parole est très embarrassée surtout depuis quelques jours, les mouvements de déglutition très difficiles, mais non douloureux, la langue est légèrement déviée à gauche et dépasse à peine l'arcade dentaire.

*Sensibilité générale.* — Tout le corps est insensible sauf 4 plaques d'hyperesthésie qui sont distribuées: *au-dessous du mamelon droit* un espace de quelques centimètres; l'*épigastre* très sensible; *la fosse iliaque droite* au point correspondant à la zone ovarienne, enfin, une petite plaque de 2 centimètres environ, *située à la partie supérieure* et sur *la face interne* de la *cuisse droite*. Sur tout le reste du corps, G... ne sent ni les variations thermiques, ni le contact, ni la douleur causée par des piqûres d'épingle que l'on enfonce dans des plis de la peau. On essaye sa sensibilité aux courants faradiques au moyen du pinceau électrique. Sur tous les points anesthésiés, le malade n'accuse aucune douleur, il se récrie au contraire et dit souffrir très vivement dès que le pinceau atteint les zones d'hyperesthésie. Il n'a pas de réflexe pharyngien, le doigt est enfoncé très profondément dans l'arrière-gorge,

sans que G... paraisse s'en apercevoir. Il n'a pas non plus de réflexe palpébral, lorsque au moyen d'une plume on vient châtouiller la conjonctive oculaire.

Les réflexes rotuliens sont très bien conservés. Il ne se produit pas de trémulation lorsqu'on pratique la flexion exagérée du pied.

*Sensibilité spéciale.* — La *sensibilité gustative* a disparu des deux côtés, une goutte de solution de sulfate de quinine étant déposée sur la langue, pas plus que le sirop de sucre et le vinaigre, n'ont donné de résultat. L'*odorat* est conservé à gauche, entièrement aboli à droite. L'*ouïe* conservée des deux côtés.

*Vision.* — La pupille droite est un peu plus dilatée que la gauche. La lecture se fait très bien avec l'œil gauche, elle est à peu près impossible avec l'œil droit. On fait l'essai des couleurs que le malade reconnaît très bien de l'œil gauche, mais si on le lui fait fermer, il ne voit plus avec son œil droit qu'une couleur: *du bleu.*

Les zones hyperesthésiées sont très douloureuses à la pression et donnent au malade, lorsqu'on les presse, la sensation d'un poids que l'on placerait au creux épigastrique, mais ne déterminent rien d'anormal.

G... est ainsi resté en traitement à l'hôpital jusqu'à fin février 1886. La diarrhée, pour laquelle il était entré, a cédé facilement dès les premiers jours, mais les symptômes nerveux ont subi de constantes modifications. Sous l'influence du traitement, par les douches tièdes d'abord, froides ensuite, on voit la sensibilité revenir peu à peu dans le côté droit,

le côté gauche restant toujours insensible, la parole devient aussi plus facile.

Le 11 janvier, le malade sent tout à coup une grosse boule monter du creux épigastrique jusqu'à sa gorge et l'étouffer, il sent son corps qui se raidit, il ne conserve ensuite que du malaise. Le souvenir de cette crise lui reste très net ; le lendemain, le côté droit est redevenu tout à fait sensible.

Depuis, il a eu d'autres crises du même genre, mais la boule lui semblait partir de la région ovarienne droite, et même une ou deux fois il a senti l'aura remonter de la plaque d'hyperesthésie située à la face interne de la cuisse du même côté.

Enfin, la jambe droite s'étant peu à peu remise à fonctionner, la sensibilité ayant reparu, la parole étant revenue très libre, le malade sort de l'hôpital, sur sa demande, le 11 février 1886.

Trois jours après sa sortie, G.. rentre pour hémianesthésie de tout le côté gauche.

La dysphagie n'a pas reparu, non plus que les troubles de la parole, les mouvements du membre droit se font très bien.

La sensibilité au toucher, à la douleur, à la température a disparu: à la face, des deux côtés, sur le côté gauche du corps. La ligne d'insensibilité s'arrête brusquement en avant à la ligne médiane, elle est un peu plus irrégulière en arrière.

Deux points sont très sensibles: la zone ovarienne droite et un espace de quelques centimètres en dehors et un peu à droite de l'ombilic.

Les réflexes sont conservés aux genoux, le réflexe crémastérien se produit à droite mais pas à gauche.

Le pharynx et les conjonctives n'ont pas de réflexes.

La vue est dans le même état que lors de sa première

entrée; la lecture est impossible de l'œil droit, et il voit encore tout bleu.

L'œil est examiné à l'ophtalmoscope; on n'y trouve rien d'anormal.

Depuis son entrée, le malade a eu de nouvelles attaques, l'aura partant de la région ovarienne droite; attaques en tout semblables à celles qu'il avait précédemment.

On l'a traité au début par les douches, puis par des bains électriques par la métallothérapie, appliquant des plaques de fer, de cuivre et zinc. Ces diverses médications n'ont rien changé à son état.

Dans le courant d'avril, il a eu une légère hémoptysie qui s'est renouvelée depuis à longs intervalles. Les signes de la tuberculose pulmonaire sont devenus de jour en jour et très rapidement plus nets en même temps que les crises nerveuses diminuaient pour disparaître complètement au mois d'août. G... est mort de tuberculose pulmonaire fin 1886.

*Observation II.*

B... Joseph, matelot, 28 ans, entre à l'hôpital le 30 mars 1886 pour paralysie de la jambe gauche.

La taille et la musculature du malade sont ordinaires. Il possède encore ses parents, ne connaît pas dans sa famille de maladie particulière, il n'a jamais été malade antérieurement et n'a jamais eu de crises de nerfs ni de convulsions dans sa jeunesse.

Etait employé à l'école des torpilles de Boyardville, quand le 4 mars, à la suite d'un refroidissement, il a éprouvé tout à coup des tremblements dans les deux jambes qui l'ont forcé à s'asseoir: cela a duré quelques minutes; mais depuis il a

été repris presque chaque jour. En même temps, il constatait que sa jambe gauche devenait insensible et ne fonctionnait plus. Toutefois, au moment de son entrée à l'hôpital, il trouve que son état s'est amélioré depuis deux ou trois jours.

On constate au moment de son entrée que les mouvements de la jambe sont lents et très difficiles, qu'il soit debout ou couché; c'est à peine s'il peut croiser la jambe gauche sur la droite, le mouvement inverse se faisant très facilement. Il peut se tenir debout, mais marche avec peine et en traînant la jambe gauche.

A droite, aucun trouble dans la motilité.

La sensibilité a complètement disparu de la cuisse gauche pour le contact, les piqûres d'épingle et les sensations thermiques. Le membre inférieur droit est intact.

On trouve deux zones d'hyperesthésie, la 4me et la 5me vertèbres lombaires sont douloureuses à la pression.

Dans le flanc gauche, on trouve une large plaque d'hyperesthésie. La pression en ce point est très douloureuse, et cette pression ayant été combinée avec une flexion de la cuisse gauche, le malade a une crise. La crise commence par une sensation d'étouffement, puis B... perd connaissance. Son corps est agité de mouvements convulsifs de peu d'étendue (convulsions cloniques), et quand il revient à lui, il n'a pas conscience de ce qui vient de se passer.

On ne trouve rien à la partie supérieure du corps, rien du côté des organes du sens.

Les réflexes des membres inférieurs sont un peu augmentés.

31 mars. Il y a encore anesthésie par le contact à la cuisse gauche ; de plus, cette anesthésie s'est étendue à la cuisse droite et au bas-ventre. Les piqûres d'épingles sont très bien senties par le malade. La pression du flanc gauche détermine une crise semblable à la première ; après la crise,

la compression ne produit plus que des secousses dans les cuisses et le bassin, comparables à celles que produiraient des décharges électriques.

6 avril. Sans provocation aucune, le malade entre spontanément en crise. Celle-ci débute par: perte de connaissance suivie de raideur des mâchoires, de la tête et de tout le corps (immobilité tonique). Cette période est suivie de petits mouvements convulsifs et peu étendus de tous les membres, avec secousses (convulsions cloniques), augmentant graduellement et allant jusqu'aux grands mouvements de projection des bras et des jambes. Hallucinations tristes après cela, car le malade éclate en sanglots et se réveille: la crise a duré 3 minutes. Au bout d'une demi-minute, il retombe à une crise semblable, mais se terminant par des mouvements du bassin, tandis que sa figure exprime le plaisir. Puis le malade éclate de rire à plusieurs reprises et se réveille; la crise a duré 5 minutes.

L'anesthésie a en ce moment bien diminué, il n'y a plus d'anesthésie aux courants faradiques que sur la partie antéro-externe de la cuisse gauche; les mouvements sont encore très difficiles.

Dans les jours qui suivent, le malade a encore quelques attaques semblables, dont deux provoquées par les douches froides qui lui étaient ordonnées et que l'on suspend.

Le 11 avril, on applique une plaque de zinc sur la zone anesthésique. L'anesthésie disparaît sans transfert, il reste seulement un peu d'erreur dans la perception exacte du point où s'opère le contact.

Le 16 avril, l'anesthésie ayant disparu, la zone hystérogène étant devenue insensible à la pression, la paralysie ayant entièrement disparu à la suite de nouvelles applications de plaques de zinc, B... sort sur sa demande.

Le 25 avril, il rentre ayant eu deux attaques présentant

cette particularité, que le malade a conservé les yeux ouverts et n'a pas perdu entièrement connaissance; elles ont été constituées par des mouvements cloniques des membres et du frémissement musculaire.

Les mouvements de la marche sont devenus impossibles à exécuter; de plus, l'anesthésie a reparu sous forme de plaque située à la partie antéro-externe de la cuisse gauche, elle diminue d'étendue pour venir se terminer angulairement sur le côté externe de la rotule.

Zones d'hyperesthésie: dans le flanc gauche, dans la région lombaire gauche, dans le flanc droit et en un point situé sur la ligne axillaire au niveau des 10$^{me}$ et 11$^{me}$ côtes.

Le mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse gauche provoque d'abord du frémissement et du tremblement du membre, puis des mouvements convulsifs généraux.

Le 5 mai, l'application d'une plaque de zinc sur la cuisse gauche ramène la sensibilité dans la cuisse gauche sans transfert. La marche est encore impossible, le genou gauche ne peut être plié.

L'application de plaques de zinc avait fait disparaître les zones hystérogènes, sans agir sur la motilité, quand le 17 mai, à la suite d'une douche froide, le malade a ressenti tout à coup une douleur assez forte dans le membre inférieur gauche; cette douleur a bientôt disparu, et le malade a pu marcher librement et revenir seul des bains, où il ne se rendait avant que porté. Le 20 mai, la sensibilité et la motilité étant revenues entièrement, le malade a demandé à sortir.

A ce moment, la pression de la fosse iliaque gauche déterminait encore une légère douleur.

*Observation III* (1).

C... Pierre, sergent d'infanterie de marine, 25 ans. Entre à l'hôpital pour attaques d'hystérie. Ce jeune homme bien constitué est imberbe, l'air efféminé, son teint subictérique a cette teinte paille particulière aux impaludés du Tonkin et de Madagascar. Ses antécédents héréditaires ne sont pas nets, car le malade ici, comme du reste dans toute son histoire, disait au médecin traitant tout le contraire de ce qu'il racontait à ses camarades, de sorte que nous serons obligé de donner ses deux versions, l'une éclairant l'autre, on peut arriver à reconstituer sa vie antérieure à peu près telle qu'elle a dû être.

Son père était un ancien sous-officier très sobre, dit-il, un alcoolique, aurait-il dit à ses camarades. De sa mère, il ne sait rien, l'ayant perdue alors qu'il était tout enfant.

Incorporé dans les enfants de troupe, il a eu une jeunesse maladive, a été souvent traité à l'hôpital pour des conjonctivites rebelles; n'aurait jamais eu de crises nerveuses, mais raconte à ses camarades qu'il aurait eu des convulsions depuis l'âge de huit ans; elles n'auraient cessé qu'à dix-huit ans. A fait depuis 27 mois de séjour au Tonkin et à Formose, puis 26 mois à la Réunion et à Madagascar, sur lesquels il a passé 8 mois à Tamatave. Aurait contracté là la fièvre intermittente ; les accès, d'abord réguliers, sont devenus ensuite très irréguliers. A ce moment, il aurait subi un traitement suivi par des injections de morphine ; il ne peut nous

(1) Cette observation nous a été communiquée par notre collègue M. Santelli ; qu'il reçoive ici nos remerciements

dire pourquoi, mais il raconte à ses camarades qu'il a été repris par ses attaques. Puis il rentre en France, et à son arrivée il est pris de crises qui amènent son entrée à l'hôpital.

La sensibilité et la motilité ne sont pas altérées, il est seulement très « fatigué. »

Les attaques sont annoncées par l'apparition d'une aura très longue. Elle durerait plusieurs heures, parfois toute une journée, et consisterait en une boule qui « lui remonte dans tout le corps.»

Il a ensuite une série de crises très courtes, mais se succédant à intervalles très rapprochés. Le jour où il entre, il en a toute une série dont les dernières sont arrêtées par la compression du testicule. Ces attaques débutent par des mouvements des bras, qui sont mis en croix ou élevés au-dessus de la tête, les doigts sont étendus et fortement écartés, surtout les trois premiers, puis tout à coup et vigoureusement tous les muscles se contractent et le corps est infléchi en arrière en arc de cercle ou en pont ne reposant plus que sur les pieds et sur la tête. Les mâchoires sont fortement serrées. Après quelques secondes, ces contractions font place à des mouvements dirigés vers le même but : on dirait que le corps va se rouler en boule. Après la crise, assoupissement. La première a été la plus longue, la seconde a cédé brusquement à la compression modérée des testicules. Les suivantes, moins fortes, s'accompagnent d'un nouveau caractère bien net: c'est l'attitude passionnelle ou hystérie lubrique, mouvements de soulèvement du bassin avec petits cris de plaisir, pendant que sur la figure du malade se peint une grande volupté.

La main ayant été appuyée sur le flanc droit, où le malade disait souffrir on provoque une attaque semblable aux

dernières. Les attaques deviennent de plus en plus courtes, quoique composées des mêmes périodes, et l'intervalle de temps qui les sépare augmente.

A ce moment, on prend la tête du malade entre les mains et on lui donne l'ordre de se tenir tranquille, les crises sont ainsi arrêtées et 1 heure et demie après le début des attaques elles cèdent à ce moyen.

Le lendemain, il éprouve seulement une grande lassitude et deux jours après il sort de l'hôpital, sur sa demande, n'ayant pas présenté d'autres symptômes.

*Observation IV.*

S... Victor, soldat d'infanterie de marine, âgé de 20 ans, entre à l'hôpital pour somnambulisme ; ses antécédents héréditaires sont à peu près nuls. Son père est mort depuis longtemps, sa mère vit encore et se porte bien, il ne sait rien de ses grands parents. Aurait des crises nerveuses depuis l'âge de 7 ans. A 12 ans, il s'est engagé comme mousse sur un steamer qui faisait le service du Sénégal, a été ensuite enfermé dans une maison de correction. A sa sortie, il s'engage dans l'infanterie de marine, où il est toujours puni pour fautes en service ; il reçoit enfin 30 jours de prison pour refus de corvée et arrive à l'hôpital envoyé de la prison pour somnambulisme.

Il avait déjà à la caserne des crises de somnambulisme et ses camarades s'amusaient de lui en l'endormant dans tout espèce de situations.

Il est petit, chétif et peu musclé. Pas de troubles de la motilité. La sensibilité est augmentée en plusieurs points.

Ces zones d'hyperesthésies sont: la plante des pieds qui est très sensible, le front dont la pression détermine des phénomènes que nous étudierons tout à l'heure, la nuque, le testicule droit, car le sujet est monorchide. Il n'a pas d'anesthésie.

Le jour de son entrée, S... a une attaque spontanée précédée d'un peu de lassitude et de malaise, puis, tandis qu'il est dans le décubitus dorsal, il semble être tétanisé; il se produit quelques secousses dans le tronc suivi d'un temps de repos. Le malade saute alors de son lit, se promène les yeux fermés en tâtant avec ses mains comme le ferait un aveugle, se dirige vers une table située au fond de la salle, s'assied, prend une feuille de papier et écrit, toujours les yeux fermés, « ma chère mère.» On l'appelle à ce moment, il ouvre les yeux d'un air hébété, les referme et parcourt la salle en imitant tantôt le bruit de la locomotive, tantôt le bruit de la sirène des bateaux à vapeur.

Il se recouche dans son lit et la pression du testicule le réveille immédiatement. Il ne se souvient de rien.

Le sommeil est amené très facilement par la fixation du regard, la pression des globes oculaires ou plus simplement en lui disant de dormir. Il est peu sensible à l'air soufflé sur les yeux; impossible de lui rien suggérer. Aussitôt que l'on presse un peu fortement la fosse iliaque droite, dans la zone ovarienne, le malade a une crise avec tétanisation et secousses. Le sommeil produit, et il se produit très facilement, si on appuie sur le front, le malade se lève, parle, répond à toutes les questions et très justement, il est très sensible à la douleur et reproduit la scène que nous décrivions tout à l'heure.

On le réveille facilement en appuyant sur la plante des pieds ou en pressant le testicule. Si on presse la nuque, immédiatement on obtient de la raideur musculaire (catalepsie). Les membres restent dans la position où on les place, tendus, si on les tend, pendant un très long espace de temps. Les

jambes restent aussi successivement levées, mais moins longtemps, au bout d'un temps déjà relativement long, elles se mettent à trembler, puis s'abaissent graduellement. A ce moment, l'anesthésie est complète, on traverse la peau avec des épingles sauf à la plante des pieds, où la plus légère pression ou piqûre le réveille immédiatement. On peut encore le réveiller par la pression du testicule, et la pression du front le remet dans le premier mode de sommeil.

Du reste, ce malade s'endort avec la plus grande facilité; une fois, il s'est endormi en sciant une bûche et a continué son travail en ronflant. Il est moins intelligent à l'état normal que pendant ses crises et a l'air d'ordinaire d'un idiot. Il sera présenté pour la réforme, n'ayant jamais rien pu faire à la caserne.

### *Observation V.*

Citée d'après Duponchel (Hyst. dans l'armée. *Revue de Médecine*, 1886.)

Jeune soldat, natif de la Corrèze, ancien garçon de ferme. Pas d'antécédents héréditaires directs.

A une tante maternelle sujette à des attaques de nerfs, se produisant jusqu'à trois fois par jour.

Avant d'entrer au service, il était sujet à des attaques convulsives pendant la nuit, mais il n'en gardait pas le souvenir. Un mois après son arrivée au corps, il tombe de son lit et se réveille avec des contusions de la face. Envoyé plusieurs fois à l'hôpital militaire pour épilepsie, il présente des attaques à divers moments. Est examiné en novembre 1885 au point de vue de l'hystérie.

Crise nocturne ayant débuté par un cri, chute du corps sur le plancher avec salivation normale. Sommeil profond,

réaction de la pupille. Pas de relâchement des sphincters ni de fatigue; comme on ne se trouvait pas en présence de l'épilepsie, on recherche l'hystérie.

La sensibilité à la douleur est abolie sur toute la surface cutanée, même pour le passage de l'électricité, la pression modérée des testicules, la torsion des membres. Un peu d'anesthésie de la conjonctive et de la membrane pituitaire.

Sensibilité à la température abolie.

Sensibilité tactile très émoussée.

Sens musculaire perverti.

*Organes des sens.* — Odorat et goût un peu troublés. Le champ visuel est rétréci surtout à droite, le cercle rouge est en dedans du cercle bleu. Le réflexe pharyngien a disparu, le réflexe plantaire conservé à la piqûre profonde.

L'état des forces est intact.

L'on ramène un peu de sensibilité. Pas de zones hystérogènes.

A présenté dans une dernière attaque le phénomène de l'arc de cercle; a été réformé pour hystéro-épilepsie.

### *Observation VI.*

Ainsi que la suivante, tirée de Duponchel (Hyst. de l'armée).

Jeune soldat, tonnelier avant sont entrée au corps.

A eu le choléra en 1865, sa mère mourut à cette époque de l'épidémie. A 14 ans, fut pendant 2 ans sujet à des accès de suffocation qui l'empêchèrent de travailler.

Pendant les grandes manœuvres de 1885, en sonnant de la trompette, tomba sans connaissance, se réveilla à l'hôpital. Depuis, quand il sonne, se sent pris d'une constriction des

tempes, se sent près de s'évanouir. Ayant, après une attaque, roulé dans les escaliers, il est envoyé à l'hôpital.

Toute la surface cutanée est anesthésiée avec prédominance de l'insensibilité à droite, de là elle s'étend à la langue et à la conjonctive. Sensibilité électrique, nulle à droite, faible à gauche, sensibilité thermique atténuée. Réaction électrique et motilité normales.

Réflexe pharyngien aboli, réflexe plantaire au châtouillement nul, réflexes rotuliens et testiculaires conservés.

L'ouïe diminuée à droite où il a eu une otite. Odorat et goût émoussés, cercle bleu en dedans du rouge dans la vision, sens musculaire hésitant.

### *Observation VII.*

(Duponchel)

S..., cavalier au 6me hussard, 24 ans, cocher avant d'entrer au service. Pas d'antécédents héréditaires.

A eu dans son enfance la variole, la rougeole et la fièvre typhoïde. Le 8 mai 1884, tombe de cheval, se fracture le radius droit, perd connaissance et entre à l'hôpital. Il en sort guéri le 2 juillet et est envoyé en congé de convalescence pour faire disparaître la gêne des mouvements résultant de l'appareil. A la gare, il ne peut se servir de sa main. A son retour on l'emploie à des petits travaux. En 1885, on l'envoie à Barèges. A sa sortie, on lui donne comme note : paralysie complète du membre supérieur droit; part sans amélioration.

Au 1er décembre 1885, voici son état quand on l'examine pour hystérie :

Cal à peine perceptible, pas de déformation ni d'atrophie du membre qui est tout à fait flaccide. Jamais n'a eu de contracture, mais tout mouvement volontaire est impossible.

Perte absolue de la sensibilité à la douleur, au contact, à la température ainsi qu'aux décharges électriques.

La contractilité électrique est normale. L'anesthésie s'étend jusqu'à l'épaule sans démarcation avec les parties voisines. Le sens musculaire est aboli dans la région paralysée, pour trouver son bras droit, la main gauche glisse de l'épaule droite à la main droite.

Léger rétrécissement du champ visuel à gauche, avec confusion des cercles bleu et rouge. A droite, diminution considérable du champ visuel, le cercle bleu est entouré par le cercle rouge.

Le réflexe pharyngien est aboli, le plantaire est conservé à la piqûre.

Pas de transfert dans l'essai fait avec les métaux, pas de zones hystérogènes.

A eu une attaque de léthargie avec spasmes, sanglots et contractures le jour de sa présentation au conseil de réforme.

## CONCLUSIONS.

En nous résumant, nous dirons: l'hystérie existe dans l'armée, nous l'y avons trouvée sous toutes ses formes.

Quand on verra apparaître à la visite des hommes porteurs de formes pathologiques peu ordinaires, on ne devra pas s'arrêter à l'idée de simulation. On devra rechercher tous les symptômes spéciaux à l'hystérie et souvent on en retrouvera assez pour pouvoir établir son diagnostic.

Une fois le diagnostic établi, surtout chez les troupes de la marine, le malade sera presenté au conseil de réforme pour être renvoyé simplement ou mis en possession d'un congé de réforme N° 1, s'il est porteur de paralysies ou de contractures survenues à la suite d'un service commandé.

FIN.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 26 mars 1887.
*Le Recteur de l'Académie,*
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé:
Montpellier, le 26 mars 1887.
*Le Doyen,*
A. CASTAN.

# BIBLIOGRAPHIE

Pour tous les ouvrages antérieurs à 1884 sur l'hystérie chez l'homme, nous renvoyons à l'excellente bibliographie de M. le Docteur Batault (thèse de Genève 1885).

---


**Berjon.** — Une obs. de grande hystérie chez l'homme (Th. de Bordeaux 1886).

**Charcot.** — Leçons sur les maladies du système nerveux (t. III, Paris 1887).

**Duponchel.** — De l'hystérie dans l'armée (Revue de médecine, juin 1886).

**Guinon.** — L'hystérie chez l'homme, comparée à l'hystérie chez la femme (Gaz. médicale de Paris, mai 1885).

**Grasset.** — Traité pratique des maladies du système nerveux (3e édition, Montpellier 1886).

**Mendel.** — De l'hystérie chez l'homme (Berlin. Klin. Woch, 2 juin 1884).

**Ozeretzkowski.** — L'hystérie dans l'armée Russe (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, février 1887).


---

# SERMENT.

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*